

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

765

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean CAMUS

né le 4 mars 1908, à Fontenay-Trésigny (S.-et-M.)

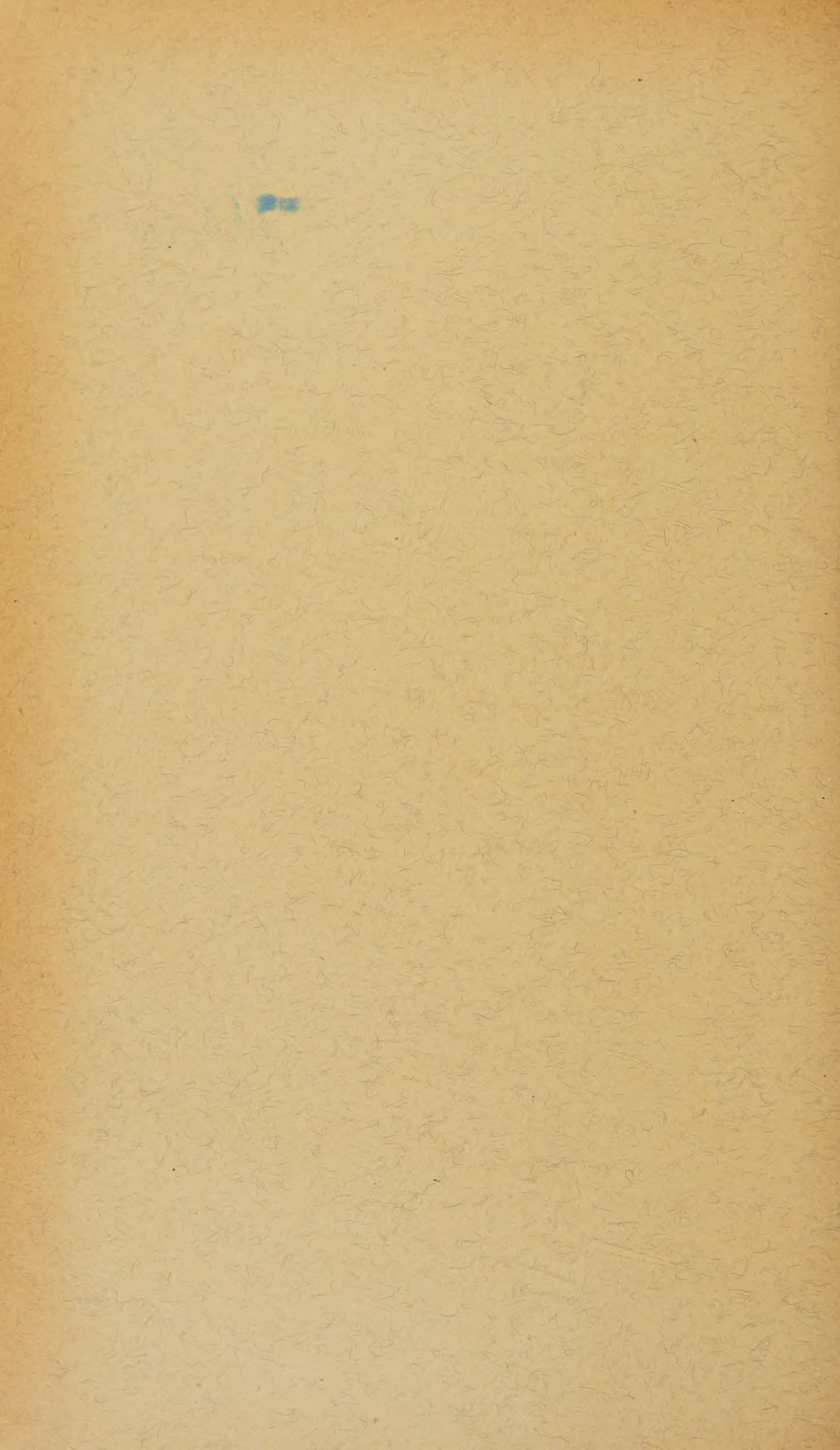
**Paralysies oculaires isolées
chez l'Enfant**

Président : M. A. BAUDOUIN, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1935



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean CAMUS

né le 4 mars 1908, à Fontenay-Trésigny (S.-et-M.)

**Paralysies oculaires isolées
chez l'Enfant**

Président : M. A. BAUDOUIN, Professeur.

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BAUDOUIN

Professeur à la Faculté de Médecine.

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Hommage de notre grande reconnaissance
et de notre respectueux dévouement.

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR L. BABONNEIX

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail; qu'il trouve ici l'hommage de notre dévouement et de notre vive gratitude pour l'aide qu'il nous a apportée et les conseils qu'il nous a toujours prodigués.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stage :

M. LE PROFESSEUR VIDAL (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

M. LE DOCTEUR HALBRON

Externat :

M. LE D^r CHIFOLIAU, St-Louis, 1928

M. LE P^r BAUDOUIN, Laënnec, 1929

M. LE P^r TEISSIER, Cl. Bernard, 1930 (*in memoriam*)

M. LE D^r HALBRON, Hôtel-Dieu, 1930

Externat en premier :

M. LE D^r LEVANT, Beaujon, 1931

M. LE D^r LAMBLING, Bichat, 1932

M. LE D^r BABONNEIX, St-Louis, 1933

M. LE D^r BOULIN, Bicêtre, 1933.

INTRODUCTION

Sur les conseils de notre maître, le Docteur L. Babonneix, nous avons repris l'étude des paralysies oculaires isolées chez l'enfant, dont il avait déjà publié avec le Docteur A. Miget un certain nombre de cas (gazette des hôpitaux du 3 mai 1933).

Nous n'avons d'autre ambition dans ce modeste travail que de grouper les cas que nous avons pu réunir afin d'en tirer quelques conclusions pratiques permettant de mieux discerner leur origine infectieuse et de faciliter leur interprétation.

HISTORIQUE ET GENERALITES

Le cadre des paralysies oculaires tend évidemment à se réduire avec les progrès de la science; la pratique des recherches sérologiques et bactériologiques ont notamment permis de conclure désormais dans nombre de cas qui seraient autrefois demeurés obscurs.

C'est ainsi que dans une statistique que Sauvigneau déclare avoir étudiée pour Meulafoy vers 1880, sur 196 cas de paralysies oculaires, il s'est trouvé 34 cas de paralysies essentielles dont l'étiologie n'a pu être déterminée, soit un peu plus de 17 %.

Cette proportion nous paraît aujourd'hui singulièrement élevée; cependant ce n'est en effet que plus tard que l'attention s'est trouvée attirée sur la fréquence relative des complications nerveuses des maladies infectieuses, et en particulier des fièvres éruptives.

Le professeur Marfan en 1893 pour la varicelle,
Baas et Mandonnet quelques années auparavant pour les oreillons,

Keller pour la rougeole,

Zadeschi et Wichmann, après Medin, pour la poliomyélite antérieure aiguë,

Hybord et Hutchinson pour le zona ophtalmique, ont successivement signalé et analysé des cas de paralysie oculaire localisée à un seul nerf moteur de

l'œil, ou à une seule branche de la III^e paire, survenant dans la convalescence des maladies infectieuses.

La découverte plus récente de l'encéphalite épidémique est encore venue, dans un petit nombre de cas d'ailleurs, réduire le cadre des paralysies oculaires essentielles.

De nos jours plusieurs auteurs ont repris l'étude de ces complications nerveuses, citons :

Wilson pour la rougeole;

Hutinel et Weissebach pour les oreillons;

Wilson et Ford pour la variole.

Et les paralysies oculaires infectieuses ont fait l'objet de travaux de J. de Gonzalès et du 50^e Congrès de la Société Ophtalmologique britannique en avril 1930.

Actuellement, si l'on connaît bien les complications nerveuses des diverses maladies infectieuses, il n'en reste pas moins que certaines de ces paralysies, localisées à un seul tronc nerveux, semblent survenir parfois brusquement sans étiologie précise au cours d'une santé en apparence excellente.

Ce sont ces faits dus :

— soit à la discrétion de la maladie causale,

— soit à la discrétion de la paralysie qui ne la fait découvrir que longtemps après son début,
que nous voulons surtout étudier ici.

Etudiant d'abord leur allure clinique générale et les principes qui permettent de soupçonner leur étiologie et leurs pronostic, nous décrirons à l'appui quelques observations que nous essaierons d'interpréter.

ETUDE CLINIQUE

L'allure clinique des paralysies oculaires isolées est caractérisée par quatre faits principaux :

- leur début en pleine santé apparente;
- leur caractère essentiel;
- la variabilité de leur évolution;
- la difficulté de leur diagnostic étiologique.

Le DÉBUT est variable :

— Tantôt assez brusque, par l'apparition soudaine d'un trouble fonctionnel de la vue chez un enfant en apparence bien portant;

— Tantôt progressif;

— Soit parce que la paralysie est multiple et se constitue en deux ou plusieurs temps (observation IV).

— Soit parce que la paralysie est légère et n'a donné au début, lieu qu'à des troubles fonctionnels discrets qui s'accroissent avec la progression de la paralysie (observation VI).

— Soit que la paralysie bien qu'unique se constitue en plusieurs temps avec une phase de rémission. (observation VIII).

Mais ce qui importe, quel que soit le mode et la progressivité du début, c'est que la paralysie oculaire ap-

paraît comme un fait isolé, essentiel, sur un terrain en apparence sain.

Quels sont les troubles fonctionnels le plus souvent observés ?

1° C'est la *diplopie* dans la grande majorité des cas (observations I et VII), en rapport surtout avec une paralysie de la VI^e paire, plus rarement de la IV^e paire.

2° Plus rarement l'enfant ou ses parents ont remarqué *une baisse de l'acuité visuelle* (observation III.)

3° Dans les cas plus rares de paralysie de la III^e paire, le premier signe peut être le *ptosis* (observation V, VI).

4° Bien souvent d'ailleurs, en raison du jeune âge de l'enfant et de la discrétion de la paralysie (*inégalité pupillaire notamment*), c'est par hasard ou au cours d'une affection intercurrente que le symptôme oculaire est décelé (observation IX).

Quoi qu'il en soit, c'est à l'ophtalmologiste qu'il appartient souvent de poser le diagnostic au début et d'envoyer l'enfant au neurologiste pour un examen complet.

5° Plus rarement, l'installation de la paralysie s'accompagne de quelques *phénomènes associés* et, le plus souvent, transitoires.

a) *D'ordre nerveux*, (céphalée, troubles d'excitation ou de déficit) qui ne suffisent point à déterminer une étiologie nette, mais fournissent cependant de précieuses indications.

b) *De troubles infectieux généraux*, fièvre, ma-laises, etc... signant la nature infectieuse de la para-lysie.

c) Exceptionnellement de *phénomènes inflamma-toires locaux*, comme dans l'observation XI (dou-leurs orbitaires et périorbitaires).

A la période d'ÉTAT, toute la symptomatologie se résume dans la paralysie.

C'est, nous l'avons dit, la VI^e paire la plus sou-vent atteinte, paralysie soit pure, soit associée à une atteinte parcellaire de la III^e paire (fibres iriennes le plus souvent).

L'atteinte de la IV^e paire est rare, et celle de la III^e paire le plus souvent parcellaire (ophtalmoplé-gie interne).

Il importe de faire pratiquer un examen ophtal-mologique complet des deux yeux, portant notam-ment sur :

— L'état de la musculature intrinsèque et extrin-sèque.

— L'acuité visuelle.

— Le fond d'œil.

L'examen neurologique sera particulièrement soi-gné, mais on ne trouve dans ces paralysies isolées aucun autre signe nerveux, en particulier :

— pas d'atteinte méningée,

— ni d'hypertension intra-cranienne.

On ne trouvera non plus aucune raison valable d'incriminer la syphilis héréditaire, encore faudra-t-il instamment demander que la réaction de Was-

sermann soit pratiquée chez l'enfant et les parents.

Quant à L'ÉVOLUTION de ces paralysies, elle est très variable.

Tantôt elle rétrocédera rapidement (observ. VIII).

Tantôt elle persiste sans changement, malgré les traitements divers, sans s'accompagner d'ailleurs de symptômes nouveaux (observations I, VI, IX).

Tantôt la cause de la paralysie fait sa preuve ultérieurement dans quelques cas limités et rares (observ. XIII).

ESSAI D'INTERPRETATION DE CES PARALYSIES OCULAIRES ISOLEES

Ces paralysies oculaires isolées posent au clinicien un double problème à résoudre :

- 1° Quel est le siège des lésions causales;
- 2° Quelle est la nature de ces lésions.

I. — LE SIÈGE DES LÉSIONS CAUSALES.

Il nous faut ici d'enblée établir une distinction capitale et fondamentale entre :

— d'une part les paralysies atteignant la IV^e paire, la VI^e paire, et certaines branches de la III^e paire.

— et, d'autre part, les paralysies dites de fonction telles que les deux syndromes de Parinaud que nous relatons dans les observations XII et XIII.

A) *Paralysies des III^e, IV^e, VI^e paires.*

Ces paralysies nous paraissent selon toute vraisemblance être des paralysies *nucléaires*.

Leur apparition brusque,

leur extension,

et leur variabilité évolutive,

sont les principaux arguments que l'on peut invoquer en faveur de cette hypothèse.

On a pu objecter cependant à cette théorie le fait que certains auteurs ont trouvé dans des paralysies essentielles, dont la symptomatologie reproduit celle de nos cas, des lésions importantes des troncs nerveux correspondants (Alexandre, 1902), lésions de névrite parenchymateuse localisées au tronc ou aux branches terminales du nerf.

Mais ces lésions peuvent être en réalité dues :

— Soit à une lésion profonde et durable du noyau moteur correspondant, laquelle a parfois été observée (Déjerine et Théohari, Wichmann);

— Soit à une imprégnation de tout le neurone moteur périphérique par un même agent, qui agit simultanément sur toutes les parties du neurone (théorie de la cellulo-névrite d'Erb, soutenue par Raymond).

Nous pouvons donc admettre que les paralysies oculaires isolées sont dues à une lésion du noyau qui retentit *sur*, ou s'associe à des lésions du nerf périphérique.

B) *Syndrome de Parinaud.*

Cette hypothèse ne peut se soutenir dans ces cas de paralysie de fonction.

Cependant il ne semble pas qu'il faille faire intervenir pour les expliquer l'existence de centres supranucléaires et de lésions des tubercules quadrijumeaux.

Faisant état des données anatomo-cliniques ré-

centes, nous pouvons admettre avec Messieurs Alajouanine et Thurel que ces lésions siègent sur les fibres commissurales unissant les noyaux moteurs de l'œil.

Ces auteurs distinguent en effet (Revue neurologique, premier semestre 1931) deux sortes de paralysie oculaire de fonction :

1) Les paralysies des mouvements volontaires avec conservation des mouvements automatico-réflexes.

Pour ces cas, qui ne nous intéressent pas ici, les lésions siègeraient dans les centres psycho-moteurs du regard, dans la zone prérolandique.

2) Les paralysies complètes avec ou sans perte de la convergence.

Pour ces paralysies, — dans le cadre desquelles rentrent nos deux observations, — les lésions siègeraient dans le mésocéphale au niveau des deux formations commissurales unissant les noyaux moteurs de l'œil : commissure blanche postérieure et faisceau longitudinal postérieur.

Avec plus de précision encore :

a) les lésions de la paralysie latérale siègeraient dans la calotte protubérantielle, au niveau du faisceau longitudinal postérieur;

b) les lésions de la paralysie verticale, avec ou sans perte de la convergence, siègeraient dans la région juxtaquadrifumale, au niveau de la commissure blanche postérieure.

II. — LA NATURE DES LÉSIONS CAUSALES.

S'il s'agit de paralysies oculaires isolées, en apparence primitives, il n'en reste pas moins que ces faits peuvent être rattachés, avec plus ou moins de difficulté, à différentes affections que nous allons rapidement passer en revue.

1) *La Poliomyélite antérieure aiguë.*

Si les cas de paralysie isolée au cours de la poliomyélite antérieure aiguë, signalés pour la première fois par Médin en 1890, sont relativement nombreux, il s'agit plutôt de paralysie faciale, et la première étude détaillée où sont signalées les paralysies oculaires de la poliomyélite, date de Wichmann en 1910. Cet auteur cite par ordre de fréquence les paralysies des VI^e, III^e, et IV^e paires, parfois dissociées ou associées à une lésion du nerf optique.

Rappelons une statistique de cet auteur sur l'épidémie de 1905 où il a constaté 34 cas de paralysies isolées dont 7 de paralysies oculaires, soit presque 20 %, se répartissant ainsi :

VI^e paire : 2 cas.

III^e paire : 2 cas.

Paralysie complexe : 3 cas.

Il résulte de ces travaux qu'il existe incontestablement des paralysies oculaires isolées d'origine poliomyélitique.

Rappelons les arguments qui permettent de suspecter cette origine :

Apparition de ces accidents au cours d'une épidémie de poliomyélite antérieure aiguë.

Neutralisation par leur sérum du virus de la poliomyélite.

Bon résultat de la sérothérapie spécifique (Radovici).

2) *L'encéphalite épidémique.*

Beaucoup plus rares sont les documents concernant les paralysies isolées au cours de l'encéphalite épidémique.

Ce fait provient de ce que les troubles oculaires de l'encéphalite consistent surtout en syndromes fonctionnels :

Paralysie de fonction portant surtout sur la fonction de convergence.

D'ailleurs Monsieur J. Blum, dans sa thèse, fait remarquer que les paralysies nucléaires sont exceptionnelles dans l'encéphalite épidémique, tant à la période initiale (Morax et Bollak) qu'aux périodes ultérieures (Mlle J. Lévy et Winner).

Rappelons toutefois les éléments qui permettent éventuellement de rattacher une paralysie oculaire isolée à l'encéphalite épidémique :

Installation de la paralysie s'accompagnant de signes de la série encéphalitique : somnolence, sialorrhée, etc...

Augmentation du sucre dans le liquide céphalo-rachidien.

3) *L'Hérédo-Syphilis.*

Elle ne paraît produire qu'exceptionnellement des paralysies oculaires isolées. Sauvineau cite dans *l'encyclopédie d'ophtalmologie* de Lagrande et Valude quelques cas de Lawford, Zappert, Bernheimer, Wilbrand et Soenger et Cruchandeau. Fournier a d'ailleurs cité dans son livre sur la syphilis héréditaire tardive deux cas de paralysie isolée des gaines motrices oculaires, qui se sont amendées rapidement sous l'influence de la médication spécifique.

En faveur de l'hérédo-syphilis on ne négligera donc jamais devant une paralysie oculaire isolée de :

Rechercher les antécédents héréditaires;

Rechercher les stigmates d'hérédo-syphilis;

Pratiquer une réaction de Wassermann chez l'enfant et chez les parents.

4) *La Tuberculose.*

Elle reste une cause tout à fait exceptionnelle de paralysie oculaire isolée chez l'enfant, s'il n'en est pas de même chez l'adulte.

Rappelons à ce propos la curieuse observation de MM. Babonneix et Miget sur un cas de syndrome de Parinaud de cette origine (observ. XIII).

5) *La Varicelle.*

Les manifestations nerveuses de la varicelle étaient considérées jusqu'à ces dernières années comme très

rares. En réalité, elles semblent plus fréquentes qu'on ne le croit couramment et de nombreux travaux récents ont paru sur ce sujet tant en France qu'à l'étranger (Galli, Fasela, Ludo, van Bogaërt, Comby, Babonneix, Sendrail et Mlle Dudevand, Bérède).

Les complications oculaires restent cependant peu importantes. Peut-être la rareté des faits publiés est-elle en rapport avec leur discrétion clinique et la béginité de leur évolution qui n'assombrit nullement le pronostic de la varicelle.

Le Professeur Marfan a cité en 1893 le cas d'une petite fille de 22 mois qui, quelques jours après une varicelle fut atteinte de ptosis avec strabisme divergent. La guérison fut obtenue, mais il persista longtemps une certaine gêne dans l'élévation du globe oculaire. Il s'agit là de la première observation publiée de complication nerveuse oculaire de la varicelle.

En 1898, Monsieur Marfan relata un autre cas d'ophtalmoplégie externe.

En faveur de cette étiologie on invoquera devant une paralysie oculaire isolée :

— La notion d'épidémie et de contagion.

— La recherche de déviation du complément vis-à-vis d'un antigène fait d'une émulsion de croûtes varicelliques. (Chavagny et Chaignot).

6) *Le Zona ophtalmique.*

S'il est une cause assez fréquente de paralysie ocu-

laire (R. Hunt en a observé 12 cas sur 15 zonas ophthalmiques) il s'agit là d'une affection de l'adulte qui ne saurait nous retenir devant une paralysie isolée de l'enfant.

7) *La Diphtérie.*

Cette étiologie ne nous retiendra pas longtemps, car bien exceptionnelles sont les paralysies oculaires de cette affection qui rentrent dans le cadre de notre travail, c'est-à-dire qui :

1° Restent localisées à un territoire nerveux.

2° Paraissent essentielles par suite de la discrétion du foyer primitif.

8) *Les Oreillons.*

Quelques cas de paralysies oculaires dues aux oreillons ont été signalés :

Paralysie de l'accommodation (Bagnéris) chez une fillette qui avait eu les oreillons 3 semaines auparavant.

Mandonnet a décrit une paralysie de l'accommodation accompagnant une paralysie du voile du palais chez un enfant de 9 ans, survenue quelques mois après les oreillons.

Blanchard, Dopter, ont rapporté des paralysies de la VI^e paire.

Baas, Chauffard et Boidin, Netter, de la III^e paire.

Ces faits sont rares et s'expliquent par la méningite ourlienne (Hutinel, Weissemblach).

9) *La Vaccine.*

La méningo-encéphalite post-vaccinale a pu donner lieu à des paralysies oculaires, mais on discute encore sur la nature réelle de ces lésions qui :

Pour les uns, seraient dues à un neuro-tropisme particulier du virus jennérien (Comby, Netter, Lucsch, Turnball, et Mac-Intosh);

Pour les autres, seraient dues au virus de l'encéphalite épidémique ou à un virus inconnu (Krauss, Levaditi).

10) *La Rougeole.*

L'encéphalite morbileuse, rare par elle-même, ne semble donner qu'exceptionnellement des paralysies oculaires; ce seront surtout des paralysies de l'accommodation, dont Sauvinau cite un cas personnel dans l'encyclopédie d'ophtalmologie de Lagrande et Valude.

11) *La Variole.*

Quant à la variole, sa rareté dans nos pays explique le manque d'observations à ce sujet. Cependant, Wilson et Ford ont rapporté des accidents nerveux identiques à ceux de la vaccine.

12) *La Grippe.*

Cette affection a donné lieu assez souvent à des paralysies oculaires rapportées par un grand nombre

d'auteurs (Sattler, Jacquineau, Schaw, Willot, Van Mullingen, Schirmer, Gillet de Grandmont, etc...); nombre de ces cas seraient d'ailleurs sujets à révision depuis la découverte de l'encéphalite épidémique et la connaissance des infections à virus neurotrope indéterminé.

13) Il en est de même de la *pneumonie lobaire*.

Mais dans tous ces cas il ne saurait s'agir de paralysies isolées.

Il résulte de cette courte étude que les complications nerveuses des maladies infectieuses, considérées autrefois comme rares, tendent actuellement à prendre une importance de plus en plus grande.

Il est logique de penser que quelques cas de paralysies oculaires isolées, curieuses, d'étiologie imprécise, peuvent relever de formes frustes de ces affections ou de contagement discret; et que parmi ces affections il semble que la varicelle en raison de sa bénignité et de sa discrétion doit occuper le 1^{er} rang.

Il n'en est pas moins certain que trop souvent l'interrogatoire le plus minutieux, l'examen clinique le plus détaillé, ne fournissent aucun argument de valeur pour étayer une hypothèse étiologique qui reste toujours fragile.

Bien souvent, on sera réduit pour expliquer une paralysie oculaire isolée, à invoquer une infection à virus neurotrope indéterminé.

OBSERVATIONS

Nous rapporterons treize observations de paralysies oculaires isolées chez l'enfant; sur ces cas, il en existe 5 de paralysies de la VI^e paire, 2 de paralysie incomplète de la III^e paire, 1 de paralysie de la IV^e paire, 3 d'inégalité pupillaire, et enfin 2 cas rares de syndrome de Parinaud.

I. PARALYSIE LOCALISÉE A L'OCULOMOTEUR EXTERNE VI^e PAIRE.

Les trois premières de ces observations sont tirées d'un travail de MM. Babonneix et Miget (Gazette des Hôpitaux du 3 mai 1933). La paralysie est pure dans les 2 premiers cas, associée à une inégalité pupillaire dans le 3^e.

OBSERVATION I. — D... Alice, 11 ans, examinée le 21 juin 1926.

Antécédents héréditaires et personnels : Le père est en bonne santé, la mère est morte de tuberculose pulmonaire. Alice est fille unique. Née à terme dans des conditions normales, elle a souffert de gastro-entérite à 10 mois, mais depuis cette époque, jusqu'à il y a deux mois, elle a toujours été bien portante.

Histoire de la maladie : Vers avril, est survenue sans cause une diplopie, pour laquelle elle fut amenée à la con-

sultation des Quinze-Vingts. Elle y fut examinée par le Docteur Chaillous, qui constate une paralysie de l'oculomoteur externe droit, sans aucun trouble visuel, en particulier sans stase papillaire.

Etat actuel : L'examen est à peu près négatif, abstraction faite des deux constatations suivantes :

1° Voûte légèrement ogivale.

2° Quelques ganglions cervicaux, principalement sous-claviculaires.

Il n'existe aucun signe d'atteinte nerveuse, autre que la paralysie oculaire, aucun signe clinique d'hérédo-syphilis. Cependant l'enfant aurait eu du coryza à la naissance et une éruption ayant laissé des cicatrices, mais la réaction de Wassermann est négative pour le père et pour l'enfant.

Evolution : Dans les mois suivants aucun symptôme n'est apparu pouvant faire redouter chez cette fillette une affection nerveuse grave. La paralysie persistait encore malgré un traitement spécifique, qui n'avait donné aucun résultat.

Il paraît donc difficile d'affirmer l'hérédo-syphilis et de préciser les causes de cette paralysie de la VI^e paire droite survenue brusquement et persistante.

OBSERVATION II. — N... Paul, 1 an, vu le 26 janvier 1925.

Anécédents héréditaires et personnels : Les parents sont en bonne santé. L'enfant est venu au monde dans les meilleures conditions à la suite d'une grossesse normale, il pesait 3 kgs 500 il a été élevé au sein et au biberon; il n'a jamais été malade.

Histoire de la maladie : Il y a un mois est survenue sans cause, une paralysie de l'oculomoteur externe droit constatée par M. Dupuy-Dutemps, s'accompagnant de secousses myasthéniques et de déviation du regard vers la droite, sans lésion du fond d'œil.

Etat actuel : L'examen est à peu près négatif, réserve faite d'une certaine hyperréflexivité tendineuse et d'une brachycéphalie discrète. L'état général est excellent, aucun signe

infectieux, aucun stigmate d'hérédosyphilis ne peuvent être décelés. La réaction de Wassermann est négative chez les parents, il n'existe aucune lésion de l'oreille moyenne.

Il s'agit en somme d'une paralysie de la VI^e paire droite survenue brusquement et ne semblant en rapport, ni avec l'hérédosyphilis, ni avec une tumeur cérébrale.

OBSERVATION III. — G... Elise, 9 ans, examinée le 9 juillet 1932.

Antécédents héréditaires et personnels. Ils se réduisent à une rougeole et une coqueluche ayant évolué sans complications.

Histoire de la maladie : Depuis un mois est survenue, sans phénomènes infectieux, une baisse de l'acuité visuelle de l'œil droit, survenue de façon progressive. L'enfant est examiné aux Quinze-Vingts par le Docteur Chaillous, qui constate une paralysie de l'oculomoteur externe gauche et une amblyopie gauche avec baisse de l'acuité visuelle de l'œil droit.

Etat actuel : L'examen ne révèle aucun trouble neurologique en dehors des manifestations oculaires : Paralysie bilatérale des oculomoteurs externes, associés à une inégalité pupillaire des plus nettes (mydriase droite). On ne constate aucun trouble de l'état général, aucun stigmate d'hérédosyphilis.

En somme : paralysie bilatérale de la VI^e paire, associée à une paralysie des fibres iriennes de la III^e paire droite survenue de manière progressive, sans cause connue, et persistante.

OBSERVATION IV. — Elle nous a été communiquée par le Docteur A. Rollin, chef de clinique des Quinze-Vingts.

G... Simone, 18 mois, vue le 28 mai 1935.

Antécédents héréditaires et personnels : Les parents sont bien portants, la mère n'a pas fait d'avortement. Simone est née à terme après une bonne grossesse; accouchement normal. L'enfant a toujours été bien portante.

Histoire de la maladie : La mère amène son enfant consulter un ophtalmologiste, parce que dès la naissance elle dit avoir remarqué quelque chose de bizarre dans le regard de l'œil gauche et se demandait si cet œil voyait clair.

Etat actuel : Le Dr Rollin a constaté : du côté gauche une paralysie complète du muscle droit externe, il n'existe pas de déviation des axes visuels, sauf dans le regard à gauche : l'œil gauche ne dépasse pas la ligne médiane. Il n'existe pas d'autres signes oculaires, si ce n'est que l'œil gauche semble être en très légère énoptalmie, avec apparence de rétrécissement de la fente palpébrale.

L'état général paraît excellent, l'examen nerveux est absolument négatif en dehors des troubles oculaires, mais la mère signale que l'enfant paraît trainer un peu la jambe gauche, sans pouvoir préciser la date d'apparition et le degré exact de ce trouble. Les réflexes sont d'ailleurs normaux. Il n'y a aucun stigmate d'hérédo-syphilis.

Par suite du manque d'examens spéciaux il est difficile de conclure dans ce cas, cependant, il semble que l'on peut rattacher cette paralysie isolée de la VI^e paire gauche, apparue dès la naissance à une encéphalite subaiguë.

OBSERVATION V. — Nous l'avons empruntée à MM. Caussade et Girard (Société Ophtamologique de l'Est, 4 juillet 1926).

Ces auteurs ont constaté chez un jeune garçon de 13 ans une paralysie du moteur oculaire externe gauche, durant depuis deux mois, apparue sans cause apparente, et isolée. Le Bordet-Wassermann était partiellement positif mais le

liquide céphalo-rachidien était de cytologie et de formule chimique absolument normales, ce qui rend bien improbable la syphilis nerveuse.

Fait curieux, la paralysie guérit complètement en quelques heures à la suite de la ponction lombaire qui avait retiré 5 cm³ d'un liquide hypertendu.

S'appuyant sur ce résultat, les auteurs concluent à une paralysie mécanique par hypertension-rachidienne, rejetant le diagnostic d'une localisation isolée de la diphétérie; l'enfant avait cependant présenté récemment une angine avec albuminurie.

II. PARALYSIE LOCALISÉE A L'OCULO-MOTEUR COMMUN

III^e PAIRE.

Nous en mentionnerons deux cas, également observés par MM. Babonneix et Miget.

OBSERVATION VI. — F... Denise, 23 mois, examinée le 18 juillet 1928.

Antécédents héréditaires et personnels : Ils se réduisent à une varicelle à l'âge de 6 mois.

Etat actuel : Il semble que les troubles oculaires soient apparus dès la naissance, caractérisés par une paralysie incomplète de la III^e paire gauche, ptosis accentué, avec l'ébauche du phénomène d'œillade de la bouche ouverte, et légère inégalité pupillaire par mydriase gauche.

L'examen ne montre aucune lésion du système nerveux aucun stigmate d'hérédosyphilis, la réaction de Wassermann pour les parents est d'ailleurs négative.

Ainsi donc il s'agit d'une paralysie incomplète de la III^e paire gauche, apparue dès la naissance et d'origine inconnue.

OBSERVATION VII. — B... Maurice, 9 ans, vu le 4 novembre 1929.

Antécédents héréditaires et personnels : Ils n'offrent rien à signaler hormis un rachitisme discret.

Histoire de la maladie : Depuis quelques mois sont apparus progressivement et sans cause bien déterminée, sans manifestation infectieuse, des troubles oculaires. Le D^r Chaillous qui a examiné l'enfant a constaté l'existence d'une paralysie incomplète de la III^e paire droite.

Etat actuel : L'examen est à peu près négatif, abstraction faite des constatations suivantes :

Ptosis droit avec paralysie incomplète du III sans lésion du fond d'œil.

Nervosité excessive, dysarthrie légère et retard intellectuel notable, alors que le développement physique de l'enfant est normal.

La réaction de Wassermann pour la mère est négative.

Il s'agit donc ici d'une paralysie incomplète de la III^e paire droite, survenue en pleine santé, mais associée toutefois à un retard intellectuel assez marqué, et peut être dû à une encéphalite infantile subaiguë.

III. PARALYSIE LOCALISÉE AU NERF PATHÉTIQUE.

IV^e PAIRE.

Toujours de MM. Babonneix et Miget ce cas de paralysie localisée à la IV^e paire.

OBSERVATION VIII. — F... Jacqueline, 9 ans, vue le 16 mai 1930.

Antécédents héréditaires et personnels. Les parents sont en bonne santé. L'enfant née à terme après une grossesse difficile a toujours été de santé délicate et l'on relève dans ses antécédents des bronchites légères fréquentes, la rougeole et la varicelle.

Histoire de la maladie : Dans le courant de janvier est survenue brusquement une diplopie avec diminution de l'acuité visuelle qui disparaît au bout de quelques jours. Ces troubles réapparaissent à nouveau sans aucun signe infectieux et en raison de leur persistance l'enfant est amené à la consultation des Quinze-Vingts. Là, elle est examinée par M. Chaillous qui nous l'adresse avec ce diagnostic : paralysie du grand oblique gauche ; acuité, accommodation, réflexes, fond d'œil normaux.

Etat actuel : La fillette un peu nerveuse et d'aspect fragile est mise en observation durant quelques jours dans notre service. En dehors des troubles oculaires (paralysie du grand oblique gauche avec diplopie légère), le système nerveux est indemne. Aucun stigmate de spécificité, aucun trouble viscéral digne d'être noté.

La ponction lombaire donne les résultats suivants : Liquide clair, non hypertendu ; lymphocytes : quatre éléments par mm³ ; albumine 0 gr. 22, Réaction de Wassermann négative.

Evolution : Nous avons institué chez cette malade un traitement anti-infectieux, par injections intra-veineuses, de salicylates de soude. Il semble que dé l'aveu même de l'intéressée, sous l'influence de cette thérapeutique, les troubles oculaires soient moins marqués, car la fillette lit et coud de façon convenable.

Nous pouvons donc résumer ce cas de la manière suivante : Paralysie complète de la IV^e paire gauche avec diplopie survenue brusquement et vraisemblablement sous la dépendance d'une encéphalite subaiguë.

IV. INÉGALITÉ PUPILLAIRE.

De MM. Babonneix et Miget également ces trois cas d'inégalité pupillaire :

OBSERVATION IX. — F... Denise, 10 ans, vue le 25 juillet 1927.

Antécédents héréditaires et personnels : Les parents sont en bonne santé. Denise, fille unique, est venue au monde à la suite d'une bonne grossesse terminée par un accouchement normal. Son développement s'est effectué de façon normale, elle a eu une diphtérie à 2 ans, la varicelle en février 1927.

Histoire de la maladie : C'est au moment de la varicelle qu'une bulle étant apparue sur la conjonctive droite on s'est aperçu de l'inégalité pupillaire due à la dilatation de la pupille droite.

M. Chaillous, qui nous l'envoie, n'a constaté aucun autre signe oculaire que cette ophtalmoplégie interne.

Etat actuel : Il n'existe chez cette enfant aucun phénomène morbide nerveux ou autre. Elle ne présente pas de stigmates d'hérédosyphilis. La réaction de Wassermann est négative. En somme, inégalité pupillaire survenue au cours d'une varicelle, découverte par hasard et ne semblant liée ni à la syphilis héréditaire, ni à une néo-formation intracrânienne.

Il s'agit donc ici d'une inégalité pupillaire découverte par hasard et semblant liée à la varicelle au cours de laquelle elle paraît être survenue.

OBSERVATION X. — V... René, 10 ans, vu le 8 novembre 1926.

Antécédents héréditaires et personnels : L'enfant est né à terme à la suite d'une grossesse normale. Il a fait ses premiers pas à 13 mois, a eu ses premières dents et parlé de

bonne heure. Il a eu successivement scarlatine, varicelle, oreillons, pneumonie.

Histoire de la maladie : Cet enfant est amené pour inégalité pupillaire par mydriase droite survenue sans cause il y a 5 ou 6 semaines. Le Dr Chaillous, qui nous l'adresse, note : réflexes lumineux à la convergence affaiblis pour l'œil droit, tandis que l'accommodation paraît conservée. Œil gauche normal, fond d'œil normal.

Etat actuel : Rien à signaler dans le domaine neurologique en dehors de cette inégalité pupillaire; en particulier aucun signe d'hypertension intra-crânienne ou de neuro-syphilis. A peine une légère augmentation des réflexes tendineux, aucun stigmat net d'hérédosyphilis, la réaction de Wassermann est d'ailleurs négative pour la mère et pour l'enfant.

Ainsi nous sommes en présence d'une inégalité pupillaire, avec paralysie irienne, semblant indépendante de l'hérédosyphilis comme d'un néoplasme intra-crânien, et qu'on ne peut rattacher directement comme la précédente à la varicelle.

OBSERVATION XI. — M. Pierre, 7 ans, vu le 16 juin 1932.

Antécédents héréditaires et personnels : Les parents sont bien portants, l'enfant est né à terme après une grossesse normale, de santé délicate il a eu la rougeole et coqueluche.

Histoire de la maladie : En mars dernier, Pierre fait une varicelle bénigne avec des phénomènes inflammatoires de l'œil gauche : céphalée, douleurs orbitaires et péri-orbitaires, fièvre. Ces troubles précèdent l'installation d'une ophtalmoplégie interne de l'œil gauche. Le Dr Chaillous examine l'enfant en mai et nous l'adresse aux fins d'examen complet.

Etat actuel : L'examen neurologique est à peu près négatif, abstraction faite des deux constatations suivantes :

Inégalité pupillaire par mydriase gauche;

Légère instabilité choréiforme généralisée, vraisemblablement ancienne.

Aucun signe d'hypertension intra-crânienne. Aucun stigmate d'hérédo-syphilis. On note la présence d'un léger souffle systolique apexien, se propageant peu. L'état général de l'enfant est assez satisfaisant.

On peut à peine dans ce cas parler de paralysie isolée et les antécédents récents sont suffisamment nets pour qu'on puisse rattacher à la varicelle cette inégalité pupillaire avec parésie irienne.

V. SYNDROME DE PARINAUD.

(paralysie verticale du regard).

Nous rapporterons enfin deux cas rares de syndrome de Parinaud observés :

Le premier par MM. Babonneix et J. Blum.

Le second par MM. Babonneix et A. Miget.

OBSERVATION XII. — M... Marie, 7 ans, vue en juillet 1929.

Antécédents héréditaires et personnels : Les parents sont jeunes et bien portants, nullement consanguins, la mère a cependant fait deux fausses couches en sus de 3 grossesses.

Marie est l'aînée de 3 enfants, les 2 derniers, âgés de 5 et 2 ans, sont bien portants. Elle est née à 8 mois, son poids à la naissance ne dépassait pas 1750 grammes.

Dès les premiers jours, elle a été atteinte de convulsions, qui se sont reproduites pendant deux semaines avec dyspnée et cyanose. Son développement s'est montré très irrégulier et très lent : Au début elle ne savait pas téter; elle n'a pu qu'à peine marcher et parler vers 3 ans et demi. Encore actuellement elle se lève avec difficulté.

Dans son passé pathologique, on note, outre une coqueluche et une rougeole un ictère prolongé.

Etat actuel : Marie est de caractère enjoué, mais nettement arriérée. L'intelligence est rudimentaire, la parole difficile et annonée, l'attention peu soutenue.

Elle présente un état d'agitation presque constant, avec mouvements involontaires, saccadés et irréguliers.

A l'examen neurologique, il existe des signes manifestes quoique discrets d'hémiplégie droite, le Babinski étant d'ailleurs impossible à déceler.

Beaucoup plus intéressants sont les troubles des oculo-moteurs : Les mouvements de verticalité des globes oculaires sont abolis, aussi bien en haut qu'en bas, les mouvements volontaires, comme les mouvements automatico-réflexes, la fonction de latéralité n'est nullement modifiée. L'enfant supplée d'ailleurs à ce déficit fonctionnel par des mouvements de la tête, qu'elle rejette, soit en avant, soit en arrière. L'état de la convergence est impossible à préciser en raison de l'état mental du sujet.

Les pupilles réagissent bien à la lumière, le fond d'œil est normal, de même que le champ visuel. L'acuité visuelle est bonne après correction d'une légère hypermétropie.

Dans ce cas, les manifestations cliniques associées à la paralysie oculaire de fonction sont donc suffisamment nettes pour permettre de les rattacher à une encéphalite infantile chronique.

OBSERVATION XIII. — D... Henri, 11 ans, vu en novembre 1931.

Il n'en était pas de même au début, de cet enfant, que le Dr Chaillous avait adressé à la consultation de M. Babonneix, pour troubles oculaires.

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent aucun fait pathologique digne d'être signalé.

Histoire de la maladie : Les troubles oculaires se sont ins-

tallés brusquement, il y a quelques jours, sans aucuns phénomènes généraux ni aucune manifestation infectieuse. Ils sont caractérisés par une paralyisie des mouvements verticaux du regard, sans trouble de la fonction de convergence et sans autres symptômes ophtalmologiques.

Etat actuel : L'examen ne révèle aucun signe d'affection organique du système nerveux, les réflexes sont vifs mais égaux, l'état général de l'enfant est satisfaisant.

Un examen oculaire, pratiqué le 20 novembre 1931, par M. Dupuy-Dutemps met en évidence les signes suivants :

Nystagmus discret dans le mouvement d'abaissement des yeux, l'œil droit s'abaisse moins que l'œil gauche. Dans le regard en haut, le mouvement d'élévation s'accomplit avec de petites secousses nystagmiformes. La pupille droite s'élève plus haut, le mouvement d'abaissement est plus aisé avec nystagmus. Amplitude normale des mouvements d'adduction. Convergence normale, diplopie verticale, l'œil gauche restant toujours plus élevé que l'œil droit. Diplopie horizontale moyenne. Fond d'œil normal.

Evolution : Pensant qu'il s'agissait d'une encéphalite aiguë, nous avons institué un traitement salicylique qui, à notre grande surprise a fait disparaître en quatre injections les troubles oculaires, mais il ne s'agissait là que d'une guérison toute illusoire et passagère, car 15 jours plus tard le jeune malade, amaigri et fébricitant, entrain dans notre service pour y décéder d'une méningite tuberculeuse.

ESSAI D'INTERPRETATION DE CES OBSERVATIONS

Notons d'abord que dans cinq cas (observation VI, VIII, IX, X, XI) on note des antécédents de varicelle et dans deux cas (observations III et VIII) des antécédents de rougeole.

Parmi les trois cas d'inégalité pupillaire, les cas IX et XI semblent pouvoir être rattachés directement à la varicelle. Pour l'observation X la notion d'une encéphalite varicelleuse reste très douteuse.

Les quatre premiers cas de paralysie de la VI^e paire (observ. I, II, III, IV) et les deux cas de paralysie incomplète de la III^e paire (observ. VI et VII) et le cas de la paralysie de la IV^e paire (observation VIII) semblent devoir être rattachés à une encéphalite d'origine indéterminée. Malgré les antécédents de rougeole pour le cas III, de varicelle pour le cas VI, de rougeole et de varicelle pour le cas VIII.

L'observation N^o V présente un caractère tout particulier : la guérison par la ponction lombaire; qui semble donner raison aux auteurs, dans leurs conclusions en faveur de l'hypertension rachidienne,

malgré les antécédents récents d'angine avec albuminurie.

Quant aux deux syndromes de Parinaud :

Le 1^{er} semble lié à une encéphalite subaiguë;

Alors que le 2^e présente une localisation primitive et rare du bacille de Koch sur l'encéphale.

CONCLUSIONS

I. On peut observer chez l'enfant, comme chez l'adulte d'ailleurs, des paralysies oculaires isolées survenant brusquement, sans étiologie précise, au cours d'une santé en apparence excellente.

II. Dans quelques cas, et principalement grâce aux recherches parasitologiques, bactériologiques, et surtout sérologiques, elles peuvent être rattachées à une affection connue, telle que : la poliomyélite antérieure aiguë, l'encéphalite épidémique, l'hérédo-syphilis, la tuberculose, le zona.

III. Bien souvent, on doit se contenter d'invoquer une encéphalite à virus neurotrophe indéterminé.

IV. Ces paralysies oculaires ne diffèrent donc que par leur localisation d'autres paralysies, dites « essentielles », frappant un quelconque des nerfs périphériques, notamment le facial.

V. De ces faits on peut rapprocher les paralysies oculaires compliquant une maladie infectieuse, fièvres éruptives en particulier, dont les accidents nerveux paraissent avoir été plus fréquemment observés en ces dernières années.

Vu :

LE DOYEN,
G. ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAJOUANINE et THUREL. — Révision des paralysies des mouvements associés des globes oculaires. (Revue neurologique, 1^{er} semestre 1931, pages 125-169).
- BAAS. — Klin-Monatsbl. f. Augenheilk, juillet 1886.
- BABONNEIX (L.). — Voir la Bibl. in « Syphilis nerveuse ». (Traité de pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée, Paris 1925), T. 19, p. 542.
- Paralysies aiguës essentielles. (Journal de médecine et de chir. pratiques, 25 juin 1928).
- BABONNEIX (L.) et MIGET (A.). — Paralysies oculaires isolées. (Gazette des Hôpitaux, 3^e mai 1933).
- BAGNERIES. — Paralysies de l'accommodation d'origine ourlienne. (La clinique Ophtalmologique, 10 juin 1902).
- BLUM (J.). — Contribution à l'étude du syndrome oculo-moteur tardif de l'encéphalite épidémique. (Thèse, Paris 1908).
- BOURLAND. — Paralysie totale de la III^e paire de l'œil droit. (Annales d'oculistique, oct. 1919, T. 156, P. 616).
- CAUSSADE et GIRARD. — Paralysie de l'oculo-moteur externe chez un enfant. Guérison par ponction lombaire. (In « Archives d'ophtalmologie », février 1927, p. 126).
- CAVERLEY. — Infantile paralysis in Vermont (Vermont, 1924, in-8°, p. 103).
- CRUCHANDEAU. — Ophtalmoplégie intrinsèque bilatérale chez un hérédo-syphilitique. — La clinique ophtalmologique, 1903, p. 52.
- ETIENNE, MATHIEU (L.) et GERBAUD. — Paralysie fonctionnelle de l'élévation du regard avec syndrome cérébelleux gauche fruste d'origine encéphalitique probable (S. M. de Nancy, 24 février 1926, in Revue neurologique 1926, 2^e semestre, p. 187).
- GONZALÈS (J. de). — Paralysies oculaires intrinsèques pen-

- dant la convalescence des maladies infectieuses aiguës. (Annales d'oculistique, 1924, T. 161, p. 937).
- HUTINEL (V.). — Les oreillons, leurs complications (Bulletin médical du 29 octobre 1910, p. 995).
- LOMBARDO. — Paralysies oculaires post-diphtérique. (American journal of ophthalmology. VIII, N° 11, nov. 1920, p. 747).
- MANDONNET. — Paralysie de l'accommodation et du voile du palais consécutive aux oreillons. (Annales d'oculistique, T. CXXIX, p. 112).
- MARFAN (A. B.). — Paralysies oculaires après la varicelle. (Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1883, 3^e série, X., p. 183).
- MARFAN (A. B.). — id. (Archives de médecine des enfants, mars 1898).
- MUUSA BEILI. — Un cas de paralysie de l'O. M. C. après un accès de grippe. (Zeitschrift für Augenheilkunde, p. 361-363).
- QUILLIET. — Paralysies oculaires d'origine hérédo-syphilitique (Thèse de Bordeaux, 1903-04, N° 133).
- REYS (L.). — L'encéphalite épidémique (Paris 1922, Maloine in-8°).
- ROUX (G. A.). — Les méningites ourliennes. Revue générale Gazette des Hôpitaux, N° 34, 21 mars 1924, pp. 549-554).
- SAUVINEAU (Ch.). — Paralysie des muscles de l'œil (Art. et Bibl.), in Encyclopédie d'ophtalmologie de Lagrange et Valude, tome 7, p. 585-798.
- SAUVINEAU (Ch.). — Contribution à l'étude des paralysies oculaires chez les enfants du 1^{er} âge (société d'ophtalmologie de Paris, juillet 1893 et Recueil d'ophtalmologie 1893, page 528).
- SOCIÉTÉ OPHTALMOLOGIQUE BRITANNIQUE. — Paralysies des muscles oculaires dans les infections et les intoxications 50^e congrès, avril 1930.
- SPINDLER. — Paralysie du droit externe avec parésie accommodative manifestation localisée d'une encéphalite aiguë fruste. (Groupement des oculistes du Nord et du P. de C. Réunion du 5 oct. 1925, in Archives d'ophtalmologie mars 1926, p. 184).
- VERGER (H.). — L'origine poliomyélitique probable de cer-

taines paralysies isolées des nerfs périphériques. (La Médecine, février 1928, p. 337).

WICHMANN (I.). — Poliomyélitis acuta. Berlin, 1911.

WINICOTT et GIBB. — Varicella encéphalitis (The British Journal of Childrens Disease, avril-juin 1926, N° 268-270, p. 107-127.

WESTHOFF. — Paralysie simple de la 6° paire après pneumonie. (Annales d'oculistique, tome CXIII, p. 198).

